



**Anmeldung für contergangeschädigte Menschen  
zur strukturierten zahnärztlichen Untersuchung bei Professor  
Dieter Wember-Matthes in Nümbrecht**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bitte beschreiben Sie uns Ihr Schädigungsmuster:**

---

Datum und Unterschrift

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung an:

**[contergan.rhein-sieg-klinik@dbkg.de](mailto:contergan.rhein-sieg-klinik@dbkg.de)**